

UNIVERSIDAD CATOLICA SAN PABLO

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“CREENCIAS ADICTIVAS DE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DEPENDIENTES DEL ALCOHOL”

Tesis presentada por la bachiller:

MILAGROS LAURA REYES PALMA

Para optar el Título Profesional de **LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA**

Asesor: Dr. Ernesto Casiano Cazorla Pérez

AREQUIPA – PERÚ, 2019

CREENCIAS ADICTIVAS DE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

Resumen

El alcohol es una droga social, que tiene consecuencias en la salud física y mental, en el ámbito social y legal que conllevan a un mayor riesgo de consumo desadaptativo hasta el punto de tener una necesidad imperiosa de beber, conocido como dependencia de alcohol. Las creencias adictivas son estructura cognitivas relativamente rígidas, pragmáticas y centradas en buscar placer, aliviar problemas y escapar de emociones negativas. Su función es mantener el consumo y propiciar la recaída. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la diferencia de las creencias adictivas en hombres y mujeres dependientes de alcohol. La investigación es de tipo no experimental, con un diseño transversal, descriptivo y comparativo. La muestra fue de 40 pacientes de ambos sexos que están en tratamiento en un Hospital de Tipo III de la Ciudad de Arequipa. El instrumento aplicado fue: el Cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias respecto al consumo de alcohol, concretamente en las creencias de alivio ($t_{(38)}=3.108$; $p=.004$; $d=0.794$) y facilitadoras ($t_{(38)}=3.143$; $p=.004$; $d=0.901$), ambas creencias son mayores en las mujeres que en los varones con un tamaño del efecto moderado para las creencias de alivio y grande para las facilitadoras. Se concluye que las mujeres con dependencia al alcohol presentan mayormente creencias de alivio y facilitadoras en contraste con sus pares varones. Mientras que ambos sexos no difieren en el uso de creencias anticipatorias.

Palabras clave: dependencia, alcohol, creencias adictivas

Abstract

Alcohol is a social drug, which has consequences on physical and mental health, in the social and legal field that lead to a greater risk of maladaptive consumption to the point of having an urgent need to drink, known as alcohol dependence. Addictive beliefs are relatively rigid, pragmatic cognitive structures focused on seeking pleasure, relieving problems and escaping negative emotions. Its function is to maintain consumption and promote relapse. The present study aimed to determine the difference in addictive beliefs in alcohol-dependent men and women. The research is non-experimental, with a transversal, descriptive and comparative design. The sample was of 40 patients of both sexes who are being treated in a Type III Hospital in the City of Arequipa. The instrument applied was: the Questionnaire on beliefs about substance abuse (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). The results indicate that there are statistically significant differences in beliefs regarding alcohol consumption, specifically in beliefs of relief ($t(38) = 3.108$; $p = .004$; $d = 0.794$) and facilitators ($t(38) = 3.143$; $p = .004$; $d = 0.901$), both beliefs are greater in women than in men with a moderate effect size for relief beliefs and large for facilitators. It is concluded that women with alcohol dependence present mostly relieving and facilitating beliefs in contrast to their male peers. While both sexes do not differ in the use of anticipatory beliefs.

Keywords: dependence, alcohol, addictive beliefs

Capítulo I: Planteamiento del problema

Justificación:

Se considera que en el Perú, al año el consumo de bebidas alcohólicas en personas mayores de 15 años es de 8.1 litros de alcohol puro, ubicándolo en el sexto lugar de Latinoamérica (Organización Mundial de la Salud [OMS]; 2014). Según el informe de la OMS (2018) en año el 2016 han muerto más de 3 millones de personas por el consumo excesivo de alcohol y es alarmante porque 1 de cada 20 muertes a nivel mundial se deben a este problema, cabe resaltar que el 75% de fallecidos a causa del alcohol son hombres. La OMS (2018) agrega que, de las muertes a causa del alcohol, el 28% son debido a daños causados por accidentes de tránsito, 21% trastornos digestivos, 19% enfermedades cardiovasculares y lo que resta a enfermedades como infección, cáncer y trastorno mental. La misma institución considera que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que tienen dependencia de alcohol, la mayor prevalencia está en Europa (14,8%) y en América (11,5%). Una investigación realizada en 193 países por la “Universidad de Pittsburgh” en Estados Unidos junto a la OMS (2018) ubicó a Uruguay como el primer país en Latinoamérica por el consumo más elevado de alcohol con 10.8% del total de su población, seguido de Argentina (9.8%); Perú está ubicado en el noveno puesto (6.3%), y en último puesto esta Guatemala (2.4%).

Una investigación realizada por el INEI en el año 2015 en la ciudad de Arequipa, encontró que las personas de 15 años a más, consumieron bebida alcohólica alguna vez en su vida, ubicándolo como el primer departamento a nivel nacional (75.5%) que consume alcohol y sólo el 4% es dependiente al alcohol.

Así mismo, los estudios realizados del consumo de alcohol a nivel nacional, que son llevadas a cabo por instituciones del estado o universidades son en su mayoría, relacionadas con el sexo, nivel de ingresos, grupos sociales; pero no sobre creencias o factores psicológicos cognitivos. Con el paso del tiempo, nuestras experiencias forman una base de un conjunto de creencias relativamente estables, ya sea sobre uno mismo o el mundo que los rodea, estas creencias son las que influyen en el comportamiento de la persona, estas creencias son bastante poderosas como para distorsionar la forma de percibirse y percibir a otros. Las creencias adictivas dictan la forma en como la persona con dependencia de alcohol interpreta un evento en particular. Se sabe que estas creencias influyen en los sentimientos, muchas veces la persona dependiente no es consciente de sus creencias; pero sí de sus sentimientos que en su mayoría son negativos. Siendo así que gracias a la creencia de que con el alcohol la vida se siente mejor, empieza una conducta adictiva (DeMarce, J., Gnys, M., Raffa, S., & Karlin, B. ,2014).

Como señala Navarro (2016) las investigaciones frente a la problemática como es la ingesta de drogas en Perú, legales e ilegales son de tipo epidemiológico; sin embargo, es importante que se hagan investigaciones que contribuyan con el entendimiento de factores psicológicos en relación al consumo de alcohol, tal son las creencias asociadas al consumo de sustancias. Al hacer una revisión bibliográfica, se estima que en Perú se ha realizado pocas investigaciones respecto a las creencias adictivas, se encontró estudios en consumidores de PBC y marihuana, ninguna relacionada al consumo de alcohol. En Arequipa, no hay investigaciones que aborden la relación entre estas variables, eso quiere decir que en nuestra ciudad y a nivel nacional hay poco en conocer las creencias adictivas de una persona con problemas de sustancias, a diferencia de otros países aledaños como Colombia, México, Argentina, Chile. Y si se habla a nivel mundial, de igual manera

en Estado Unidos, España entre otros; hay investigaciones sobre las creencias adictivas o disfunciones de las sustancias psicoactivas.

En la presente investigación se quiere determinar si existe diferencias en las creencias adictivas en varones y mujeres dependientes de alcohol, con los resultados se intenta aportar a la psicología como ciencia, como apertura a nuevos conocimientos en esta rama, así como una nueva línea de investigación sobre las creencias adictivas como factores que predisponen a la adicción y son responsables de mantener y recaer en el consumo del alcohol. Los resultados de esta investigación aportarán información pertinente, beneficiarán de forma directa a los profesionales de psicología, terapeutas especialistas en adicciones, distintas instituciones de estudio superior, así como organizaciones que se dediquen a brindar apoyo y orientación a personas dependientes de alcohol, ya que podrán contar con el marco conceptual y metodológico para poder planificar, elaborar programas de intervención y tratamiento enfocándose en las creencias adictivas en pacientes que tienen dependencia de alcohol.

El hecho de que el paciente conozca que las creencias asociadas al consumo del alcohol tienen mayor responsabilidad como factor mantenedor del consumo y un trasfondo de recaída, les permitirá verbalizar dichas creencias durante la sesión terapéutica, lo que permitirá que la terapia se acorte. Lo cual generará un menor gasto económico al paciente y su familia.

Pregunta de Investigación:

¿Existen diferencias en las creencias adictivas en pacientes dependientes del alcohol entre varones y mujeres?

Objetivos de Investigación:

Objetivo general

Determinar si existen diferencias en las creencias adictivas en pacientes dependientes del alcohol entre varones y mujeres.

Objetivos específicos

- Determinar las creencias adictivas en pacientes dependientes de alcohol.
- Comparar las creencias adictivas en las creencias adictivas en pacientes dependientes de alcohol en función al sexo.

Capítulo II: Marco Teórico

Definición de términos:

Creencia: Se define como estructuras cognitivas relativamente resistentes y duraderas, ideas que las toma la persona como verdades absolutas y que tienen bastante influencia en los sentimientos y conductas de la persona (Beck et al., 1999).

Creencias adictivas: Son un “conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas de alivio y escape, contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo de la recaída” (Beck et al., 1999, p 231).

Dependencia del alcohol: La OMS (1994) acuña el término de “síndrome de dependencia alcohólica como un estado psíquico y habitualmente físico, caracterizado por una conducta compulsiva en la manera de beber alcohol de forma prolongada, por otro lado presenta tolerancia y abstinencia”.

Contexto sociocultural del consumo de alcohol

El consumo de alcohol sigue siendo una expresión social de las civilizaciones (Solís & Vega, 2016). Los griegos, egipcios, romanos y hebreos asociaban el consumo de alcohol a ceremonias religiosas, adoraban a dioses del vino mediante danzas y estados de embriaguez. Su nombre tiene raíz árabe, originalmente era un polvillo fino que las mujeres de Medio Oriente lo usaban en cosmética; su nombre era: “al khol”, ese polvo al ser adaptado al alcohol, era lo más fino que se podía sacar, por eso se le llamó como Aqua vitae o Aqua Arde, agua de vida o agua que arde (Alcohólicos Anónimos). Paracelso un reconocido filósofo y médico, quien denomina alcohol, al gas derivado del etanol (Alcohólicos Anónimos). Siendo su principal componente el etanol que consta de 2 átomos de carbono, 6 átomos de hidrógeno y 1 de oxígeno, esta sustancia tiene la habilidad de ingresar en las células y repartirse por los tejidos y atravesar la barrera hematoencefálica, asistiendo al cerebro tras la ingesta (Modesto-Lowe & Kranzler, 1999). La concentración del ingrediente activo del alcohol, es de acuerdo al proceso de elaboración como; *fermentadas*; se encuentra la cerveza, el vino y la sidra que tienen una graduación de etanol entre 4 y 15°, estas se producen por la fermentación del azúcar de las frutas o cereales y *destilados* es la destilación de bebidas fermentadas con mayor concentración de alcohol como el vodka, whisky, ron o ginebra, que tienen entre 40 y 50°, lo que supone que el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (Pons & Bejarano, 1999).

CEDRO (2015) sostiene que el uso de sustancias psicoactivas, como el alcohol se fue expandiendo gracias a la avance de la química. En el siglo XX, los patrones de consumo de alcohol se asociaron a actividades de recreación. Semejante fue la situación en Perú, que gracias a la fermentación de productos, como el maíz, empezó a servir para ritos religiosos, ceremonias, que hasta el día de hoy estas costumbres se mantienen, así sea por placer, diversión, fines médicos, solucionar los

problemas o regular estados emocionales. El consumo de alcohol ha sido parte de la cultura y la sociedad, es previsible que no hay comportamiento humano que ocasione mucha polémica, mitos, prejuicios, equivocaciones e incomprensiones como es el consumo de alcohol (Bill, 1952). El sentido del alcohol cambia de acuerdo a las diversas etapas de la vida que pasa la persona y de acuerdo a las normas de la sociedad sobre las bebidas aceptables y apropiadas (Fillmore et al., 1991).

Por otro lado el alcohol afecta a toda la familia en las siguientes áreas: económica, emocional, agresiones físicas, divorcios, dando como resultado; problemas mentales, físicos o incapacidad para trabajar y es que desde los inicios de la historia, su consumo ha sido distorsionado, hasta que ahora es considerado una enfermedad progresiva y que lleva a la muerte.

El alcohol como droga:

La OMS (2018) registra como droga a la sustancia que se introduce en el organismo por cualquier vía de administración y tiene efectos como susceptibilidad de crear dependencia; física o psicológica. El alcohol es considerado una droga de tipo depresora que actúa a nivel del sistema nervioso central, al iniciar su consumo produce etapas de euforia y desinhibición, afectando el autocontrol, motivo que a veces se confunde como estimulante (Herrera, 2017). El alcohol ingerido se absorbe por el aparato digestivo, pasa a la circulación sanguínea en el que puede permanecer 18 horas y se elimina finalmente a través del hígado.

La presencia de consumo repetitivo causa varias lesiones como la cirrosis hepática o encefalopatías, por tanto, el funcionamiento del cerebro y del hígado estarán alterados. A pocos minutos de la ingesta, aparecen efectos, pero la manifestación varía según la cantidad y la relación que tiene la persona con el alcohol, en personas dependientes donde la concentración de alcohol

es mayor, los efectos que producen son: euforia, relajación, más sociables, no pueden comunicarse por la dificultad del habla, dificultad para asociar ideas, no hay coordinación motora.

Según la Organización Panamericana de la salud (2015) afirma que es una droga aceptada y tolerada en niveles personales, sociales y culturales, porque es constituida a la rutina del individuo, por otro lado, se comercializa de manera libre y con pocas limitaciones, siendo la droga con fácil acceso para cualquier grupo. Su producción es un ingreso a la economía, porque brinda gran cantidad de empleo y generan impuestos que repercuten al estado.

Dependencia de alcohol como enfermedad:

La (OMS) considera a la dependencia del alcohol como una enfermedad crónica, sucesiva y mortal caracterizado por tener dependencia emocional y orgánica hacia el alcohol. La composición del alcohol afecta casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las del sistema nervioso central, en el cerebro el alcohol interactúa con centros de placer y sensaciones deseables; después de un excesivo consumo, el cerebro se adapta a cambios causados por el alcohol y de esa manera se vuelven dependientes de ellos. Para una persona dependiente, tomar alcohol es un medio principal y necesario para sentirse funcionales, evitar los síntomas de abstinencia y que puedan relacionarse con personas, tanto así que el alcohol interviene en su forma de pensar, sentir y su accionar (Kramer & Cameron 1975).

Freixa (citado en Pons & Bejarano, 1999) designa “adicción” al proceso físico, explica que es la unión biometabólica, en la que existe una necesidad metabólica de la sustancia y “Dependencia” al proceso psicológico, el cual explica como “ligazón comportamental” que facilita su uso continuado.

Los criterios diagnósticos para enfermedades psíquicas son hallados en el CIE- 10 (Clasificación Internacional de enfermedades), se señalan los criterios de la dependencia del alcohol y como un problema que muestra deterioros significativos, tienen que se manifieste al menos tres o más rasgos en un plazo de 12 meses.

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia
- Tolerancia, un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Situación del consumo de alcohol en el Perú

Las investigaciones sobre adicciones en Perú, se ha enfocado en su mayoría en aspectos epidemiológicos, en el año 2015 según la encuesta del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú el 91.5% de personas de 15 a más años de edad declararon haber consumido alguna bebida alcohólica, al menos una vez en su vida, mayor consumo en hombres (94.8%) que en mujeres (88.3%); en el área urbana (70.7%) que en la rural (51.7%). Estos hallazgos se podrían comprender de acuerdo a las afirmaciones de Rojas (citado por Pinedo, 2014), señala que el consumo de alcohol ya no es exclusivo de los hombres, el hecho de que la brecha se

esté acortando responde a que, las mujeres peruanas están rompiendo estigmas sociales. En Arequipa en un estudio epidemiológico realizado en el CESM “Moisés Heresi”, se encontró que el alcohol es la sustancia que más se consume con 79.9% en pacientes con patología dual y 79.3% sin patología dual, esto debido a su aceptación social y su relación con el placer y la relajación (Zegarra, Chino & Cazorla, 2016).

Consumo de alcohol en hombres y mujeres:

En una revisión bibliográfica a nivel mundial se encontró que la fundación *The Hazelden Betty Ford Foundation* en una investigación realizada en Estados Unidos afirma que no es bueno pasar por alto el consumo abusivo de alcohol, porque aún sigue siendo un problema para millones de personas en Estados Unidos, la encuesta realizada por (Substance Abuse and mental Health Services Administration [SAMHSA], 2016) develó que hay 65 millones de personas que son mayores de 12 años que consumen alcohol en exceso, en varones son cinco o más tragos en una ocasión y en mujeres cuatro o más tragos. En cuanto a la adicción aproximadamente 15.1 millones de personas es decir el 5.5% de toda la población cumplen criterios para dependencia de alcohol. (SAMHSA, 2017). Esta institución revela que el consumo excesivo de alcohol va disminuyendo para los varones, las tasas están en aumento para las mujeres, especialmente en la edad adulta (Breslow et al. 2017). También informaron que las mujeres no siempre buscan ayuda cuando se dan cuenta que tienen problemas a causa del consumo excesivo de alcohol, el 29% buscaría ayuda en servicios de salud mental o atención medica general, el 23% en instituciones dedicados a tratamientos de adicción y el 8% espera que el problema desaparezca por sí solo (Green, 2017).

Revisando la bibliografía en Latinoamérica, no hay muchas investigaciones en el que hacen diferencias en cuanto al género con relación al consumo de alcohol, las investigaciones más próximas que se han podido encontrar son el de Salinas (2005) en un estudio realizado en Cochabamba, Bolivia, reveló que el 62% de consumidoras abusadoras de alcohol tenía origen violento, las situaciones violentas están en relación a la agresión continua y conflictivo del padre hacia la mujer, mayormente estas agresiones se dieron cuando el padre esta ebrio.

Estudios recientes ponen en renombre la importancia que tienen los factores sociales en cómo perciben a una mujer dependiente de alcohol con relación al hombre estando en una misma situación, así que mientras el 50% de las personas desaprobaba totalmente a una mujer embriagada, sólo el 30% desaprobaba a un hombre bebiendo en las mismas circunstancias (Nolen-Hoeksema, 2014). Existen características que diferencian a mujeres y hombres, por ejemplo a nivel biológico la mujer es más sensible a efectos del alcohol, tiene una absorción rápida y lo metaboliza de manera lenta, porque hay mayor porcentaje de tejido graso y menor cantidad de agua y sangre (Montero, González & Molina, 2010). En cuanto a problemas sociales, tienen mayor riesgo de sufrir accidentes, caídas, incidentes de violencia (Cherpitel et al., 2015).

En una estudio fenomenológico sobre las diferencias de género con respecto al consumo de alcohol, realizado en el Hospital de King College en Madrid en el año 2018, resultó que las mujeres y los hombres consumen alcohol de manera diferente: los hombres beben en sociedad y las mujeres en el hogar, respecto a causas y factores de riesgo; los varones son vulnerables por presiones sociales, laborales y sentimientos de masculinidad, las mujeres por problemas de conciliación familiar, en cuanto a las consecuencias; los hombres pierden el trabajo y adoptan un comportamiento violento criminal, mientras que la mujer es juzgada tanto su rol maternal como su responsabilidad de unidad familiar (Fernández & Corral, 2018).

De acuerdo al estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2016) cerca del 38% de universitarios consume alcohol al menos una vez al mes, mayor consumo en varones; el 67,5% de universitarios ha consumido alcohol al menos una vez al año, 21% consumo riesgoso, 26% hombres y 14,3% mujeres. El consumo de alcohol tiene efectos que facilitan las relaciones interpersonales, produciéndose sensaciones placenteras, considerado como una actividad normalizada en ambientes sociales (Zavaleta, Tapia, Rojas, Barco & Chávez 2013). Una de las características habituales en la dependencia de alcohol en mujeres es el ocultismo, o en otras ocasiones un sentimiento de culpa, el hecho que beban en la clandestinidad evidencia la necesidad de hacer un diagnóstico de manera precoz a las conductas adictivas que llevan a la dependencia.

Por otro lado las mujeres suelen desarrollar dependencia emocional hacia otras personas, se ocupan demasiado por los demás, creen que de esa forma evitan estar solas, mayormente la mujer dependiente de alcohol no tiene apoyo de su pareja, al momento de iniciar un tratamiento, acuden por otro familiar ya sean madre, hermano o hijos (Miguez & Pernuy, 2016).

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA, 2016) afirma que la mayoría de la mujeres viven experiencias de trauma muy temprano, desde abandonos hasta abuso psicológicos, sexuales y físicos, viven violencia intrafamiliar, dependientes de sus parejas con quien mayormente inician su consumo de alcohol y con el tiempo se hacen dependiente antes que ellos, habitualmente sobre ellas recaen estigmas sobre el consumo a diferencia del hombre que es visto como normal, la mujer presenta más vergüenza, culpa y baja autoestima, tiene problemas judiciales por los hijos, así como también se ha visto que algunas mujeres que tienen el diagnóstico de dependencia de alcohol, también tienen patologías psiquiátricas como es bulimia, anorexia, trastorno límite de la personalidad. Las mujeres que beben

demasiado son propensas a ser víctimas de violencia interpersonal o agresión sexual (Foran & O'Leary, 2008) Otro estudio realizado en Chile el 2017 por (SENDA) demuestra que las mujeres chilenas son las que más beben y tienen más episodios de borrachera (42.5%) dentro de América Latina.

A nivel mundial aún hay estigmas que están vivas respecto a tener un problema de alcohol, específicamente en las mujeres, porque son vistas negativamente por la población. En Estados Unidos se encontró que la mayoría refería que las mujeres preferían no recibir apoyo, casi un tercio de las mujeres no quiere reconocer que tiene problemas con el alcohol y desean que desaparezca por sí solo, esto les limita a buscar ayuda (Lang & Rosenberg, 2017).

Conceptualización de las Creencias:

La teoría cognitiva es la corriente que tiene buenos aportes al tratamiento de problemas psicológicos, mayormente en depresión, trastornos de ansiedad y adicciones. En esta corriente nace el modelo del procesamiento de información, gracias al estímulo y la respuesta que da la persona, es así que existe una serie de procesos cognitivos entre los cuales se encuentran las creencias (Solso, 2001). Mayormente los dependientes de alcohol tienen dificultad en dejar de consumir de forma permanente, se sabe que inician su consumo voluntariamente pero no creen que voluntariamente puedan dejarlo, cuando se dan los primeros signos de problemas médicos, familiares, laborales o financieros, muchos ignoran, minimizan, niegan los problemas y atribuyen como responsables a familiares cercanos. Hay otro porcentaje que se da cuenta de los problemas pero analizan las ventajas de seguir consumiendo antes que las desventajas (Gawin & Ellinwood, 1988).

De acuerdo a los factores de riesgo hay una serie de dimensiones que abarca desde aspectos sociodemográficos hasta aspectos subjetivos como son los fenómenos cognitivos y dentro de ellas están las creencias (Gómez et al., 2007). De esta manera los teóricos cognitivos refieren que toda persona reacciona ante su entorno de acuerdo a la apreciación singular que tiene de este. Cómo uno valora estos acontecimientos determinará su comportamiento (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999; Beck, 2000). Uno de los factores para mantener el consumo de alcohol es la creencia de que terminar con el consumo producirá efectos secundarios que son propios de la abstinencia pero ellos lo toman como intolerables (Horvath, 1975). Los efectos varían de una persona a otra así como depende de la sustancia consumida, esto se amplía más por el significado psicológico que da la persona respecto a su consumo excesivo de alcohol.

La teoría de Ellis (citado por Lega, Caballo & Ellis, 2002) propone tres niveles de pensamiento, primero; los pensamientos automáticos, aquellos que se encuentran en la conciencia y su evaluación es mediante las inferencias; las cogniciones evaluativas, que son más difíciles de ser identificadas, específicamente las que están en relación con la perturbación emocional; y las creencias nucleares que son difíciles de identificar dentro del flujo de creencias que tiene la persona, que son conocidas como esquemas que guardan teorías o reglas que son la base del comportamiento humano (Lega et al., 2002).

Frente a una situación determinada, las personas tienen sus propios pensamientos automáticos que se presentan de una manera breve y rápida, que se observa a nivel del campo perceptual, los cuales se originan de esquemas cognitivos cuyo contenido son creencias centrales (Beck, 2000) estas creencias no siempre son negativas depende mucho de cómo perciben las situaciones, pueden llegar a ser ideas profundas, globales e inflexibles, dominantes acerca de sí mismo o como una

verdad absoluta. Por ejemplo: “no puedo ser feliz a menos que consuma”, “tengo más control cuando he tomado”.

Dentro de los principales obstáculos al momento de terminar con el consumo de alcohol es la red de creencias no funcionales, es decir cuando una persona está considerando acabar con el consumo tiende a sentirse ansioso y cansado, entonces para ellos significa terminar con la sensación de bienestar o el buen funcionamiento, estas creencias colaboran en formar expectativas que moldean el impulso al abuso (Vargas & Londoño, 2016).

Las características de pensamiento adictivo descritas por Beck y cols. (1999)

Negación o Autoengaño

Tiene la función de cegar al adicto y que no tome consciencia de las consecuencias a causa de su consumo, de esa manera el paciente se siente atrapado por la sustancia, también se da la negación se manifiesta minimizando los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción, racionalizando el abuso de sustancias.

Distorsiones del pensamiento

Considerándose como un juicio erróneo, ilógico, dogmático y disfuncional que desencadena emociones negativas y producen sufrimiento, de tal manera que el uso de sustancias sobrelleva al “alivio” del dolor. Algunas distorsiones son: la catastrofización, mortificación ante cualquier problema, la rigidez que es difícil de abrir la mente y locus de control interno. Gawin & Ellinwood (citado en Beck et al., 1999), refieren que estas distorsiones producen un “bloqueo cognitivo” que inhibe las consecuencias negativas y desencadena en el uso de droga.

Creencias Centrales

Las creencias disfuncionales habitualmente juegan un papel importante para generar impulsos, estas creencias ayudan a crear expectativas sobre el consumo, por ejemplo: “si tomo bebida, seré más divertido y recibiré elogios”, para una siguiente oportunidad de consumo, esta creencia le impulsara a consumir.

Considerada como las ideas profundas, inflexibles y globales, ideas dominantes acerca de uno mismo, las plantean como verdades absolutas. Las creencias se desarrollan por medio de experiencias tempranas que tiene el individuo; en el aspecto ambiental, cultural y biológicos, formando un marco de referencia que determina la forma de ver el mundo, evaluar a otros y su interacción con los demás (Beck et al., 1999). Es desde estas creencias nucleares que la secuencia avanza, desde una visión negativa hacia uno mismo (indefensión, inestabilidad, impotencia) visión negativa de los demás y visión negativa del futuro, las que llevan a la conducta adictiva (Woody et al., 1990).

Creencias adictivas

Los investigadores manifiestan que las creencias adictivas tienen una implicación en el desarrollo de mantener el abuso de alcohol y drogas, convirtiéndose en un factor mantenedor y trasfondo de recaída (Martínez & Verdejo 2010).

Beck, (1999) define como: un “conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolver problemas, escapar de problemas y aliviar sufrimiento” y “estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia” (p.68). No

son considerados como factores que predisponen a la adicción, si no que estas creencias adictivas caracterizan a las personas que ya tienen el trastorno.

Camacho (2003) define las creencias como contenidos de esquemas, conceptualiza a las creencias a todo aquello en lo que uno cree, mapas internos que impiden dar sentido al mundo, que se construye y generaliza al pasar el tiempo. Muchas personas consumidoras suelen tener creencias que llegan a tener más intensidad cuando justamente toman la decisión de dejar de consumir las drogas. Hay personas que encuentran en la ingesta de sustancias un alivio temporal de su ansiedad, tensión, cansancio o aburrimiento, es de esa manera que las personas desarrollan sus propias creencias como una fuente de hacer frente al estrés y frustración de la vida, al consumir sustancias escapan u olvidan la situación. Otras personas creen que beber alcohol les incluye a nuevos grupos sociales, en donde el requisito para ser aceptado es que consuman esas sustancias (Rodríguez & Vila, 2014).

Algunos autores afirman que cuando una persona recae es porque ha “adquirido una serie de estrategias para controlar la conducta de tomar alcohol, pero no ha modificado significativamente sus creencias, que son las que alimentan el craving” (Beck et al., 1999). Es necesario que la persona con problemas de consumo de alcohol reconozca el modo como las creencias influyen en su conducta adictiva, solo haciéndolas conscientes podrá ser modificada. Las técnicas cognitivas tienen como fin, reestructurar esas creencias asociadas con el consumo de alcohol, considerándose un medio para el proceso de recuperación del alcoholismo. Permite al paciente descubrir sus mecanismos de autoafirmaciones, alejarse de la certeza con la que se mantienen de una determinada creencia y evaluar las creencias adictivas que tienen relación al consumo de drogas (Graña & Muñoz, 1998).

Se considera que lo descrito anteriormente proviene de 3 tipos de creencias que serán descritas a continuación.

Entre las creencias disfuncionales según Beck et al. (1999) podemos citar:

Creencias anticipadoras: tienen relación con la obtención de placer mediante el uso drogas o alcohol, anticipan el supuesto efecto de la droga, En una instancia es el efecto de la profecía auto cumplida, cuando todo lo que uno espera, sucederá tal como uno espera; entonces la expectativa de que sucederá hace que su comportamiento en el consumo se muestre de una manera particular y tratando de cumplir esa profecía. Al principio toman forma de “será divertido”, a medida que encuentra satisfacción utilizándolo, desarrollara creencias románticas que predicen esa satisfacción o escape, con expectativas de recompensa: “la vida sin tomar drogas es aburrida”, “tomar drogas es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad”, “no estoy preparado para dejar de tomar drogas”, “mi vida no mejorara, incluso deje de tomar drogas”, “no soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo”, “no podría ser social sin tomar drogas”, “no puedo divertirme en esta vida a menos que tome drogas”.

Creencias de alivio: remiten que el consumo de sustancias mitigara el malestar, “necesito alcohol para funcionar”, empieza a tener confianza en que la droga podrá contrarrestar sus emociones y el *craving*. Muchos necesitan conseguirlo o sentirán que se desmoronan, son estas creencias las que activan y conducen el *craving*. La mayoría de las personas creen que los eventos externos y otras personas causan sus sentimientos, es por eso que consumen, lo considera como problemático, lo que conduce a sentimientos de impotencia y falsa conclusión que no se puede hacer nada, eso fortalece la dependencia de alcohol, como medio de alivio de sentimientos desagradables. La

creencias que mantienen son: “es la única forma de afrontar el dolor de mi vida”, “la única forma de manejar mi ira es usando drogas”, “la vida será deprimente si dejara las drogas”, “los craving y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga”, “no me puedo relajar sin las drogas”, “no puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas”

Creencias facilitadoras o permisivas: son las que conservan el consumo, como “me lo merezco”, “está bien, podre manejarlo”, “estoy triste así que está bien que lo use, es la única cosa buena en mi vida” el sujeto minimiza y racionaliza las consecuencias adversas que tienen las sustancias. Las creencias facilitadoras son las siguientes: “no puedo funcionar sin ellas”, “los craving y los impulsos hacen que tome drogas”, “no merezco recuperarme de las drogas”, “el abuso de sustancias no resulta un problema para mí”, “mi abuso de sustancias lo provoca otra persona”, “si alguien tiene un problema con las drogas, eso es algo completamente genético”, “tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona”.

Es importante dirigir la intervención cognitiva a una desarticulación de las creencias adictivas, ya que eso dependerá que la persona decida de abandono definitivo del consumo. La terapia cognitivo conductual es muy estudiada y recomendada para el tratamiento de casos de consumo de sustancias, debido a su rigurosidad en cuanto a metodología y psicoterapia empírica sustentada, el fin es incrementar su efectividad mediante la reestructuración del pensamiento,

El modelo propone la modificación de las creencias adictivas relacionadas con la adicción que favorece el proceso de recuperación de este tipo de adictos. Es importante hacerle ver la estrecha relación entre las creencias, deseo y conductas de consumo. La propuesta conceptual afirma que identificar las creencias adictivas y reemplazarlas por creencias alternativas más adaptativas y que favorezca la abstinencia y disminuya el riesgo de recaídas. (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999)

Hipótesis:

Existen diferencias en las creencias adictivas en pacientes dependientes del alcohol según el sexo, siendo así que los varones tienen mayormente creencias facilitadoras y las mujeres creencias mayormente de alivio.

Capítulo III: Método***Diseño de Investigación:***

Según Ato, López y Benavente (2013) la presente investigación obedece a una estrategia asociativa, ya que se persigue explorar la relación funcional existente entre nuestra variables de estudio (sexo y creencias adictivas). Así mismo el diseño de esta investigación fue comparativo, ya que se contrastaron las creencias adictivas entre hombres y mujeres dependientes del alcohol.

Participantes:

La muestra estuvo conformada por 40 pacientes, de los cuales el 72.5% fueron varones y el 27.5% mujeres que tienen el diagnóstico de “dependencia del alcohol”, según la CIE- 10, realizado por el Servicio de Psiquiatra del “Hospital Honorio Delgado” de la ciudad de Arequipa. El rango de edad fluctuó entre los 17 a 69 años con una media de 35.3 años y una desviación estándar de 14.11 años.

El tipo de muestreo aplicado fue; no probabilístico intencional, porque la elección de los sujetos de la muestra no dependió de la probabilidad, si no de los criterios de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2016). Dichos criterios se exponen a continuación:

Criterios de inclusión:

- Presentar un diagnóstico según la CIE-10 de dependencia de alcohol.
- Estar en intervención o tratamiento de dependencia de alcohol por más de 15 días tanto para el caso de los pacientes hospitalizados y como los de consultorio externo.

Criterios de exclusión:

- Presentar trastorno psicótico agudo porque impiden la aplicación y comprensión de la prueba.
- Que se haya consumido alguna sustancia alucinógena adicional al alcohol.
- No concluir con la evaluación.
- Rehusarse a participar de la investigación.

Instrumentos:

El instrumento utilizado es el “Cuestionario de Creencias sobre Abuso de Sustancias Psicoactivas” (Beck et al., 1999), una eficaz escala de medición de creencias más frecuentes frente a la utilización de drogas. El cuestionario contiene ítems relacionados a los tres tipos de creencias adictivas: creencias anticipadoras, creencias de alivio y creencias permisivas o facilitadoras, las cuales fueron descritas anteriormente. Este cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias es un auto informe de 20 ítems. Que tiene una puntuación de (1) indica que la persona está totalmente

desacuerdo con la pregunta. Y la puntuación (7) indica que la persona está de acuerdo con la pregunta. El análisis de fiabilidad de la prueba con alfa de Cronbach obtuvo (0.84).

En otra investigación “*Relación entre las creencias disfuncionales y estímulos de alto riesgo con el craving en pacientes consumidores de pasta de cocaína*” realizada en el Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera de Lima (Sipan, 2014) utilizaron la escala de creencias asociadas al consumo de sustancias, se utilizó el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach el cual resultó ser confiable ($\alpha=0.8$). En nuestra investigación la prueba obtuvo un $\alpha=.806$, lo cual nos indica que también es confiable.

Procedimientos:

Se solicitará el consentimiento informado de cada uno de los participantes en la investigación, enfatizando en el derecho de anonimato, solo se usaran los datos para los fines de la investigación. Se revisará las historias clínicas tanto de varones y mujeres que tengan el diagnóstico; dependencia de alcohol, dado por el servicio de Psiquiatría del Hospital de Nivel III tanto en consultorio externo como en Hospitalización. La aplicación del cuestionario será individual y con presencia del investigador para resolver las dudas pertinentes. Será tomada en una sesión, con una duración de 25 minutos por paciente.

Análisis de Datos:

Para la presentación de resultados, en la parte descriptiva se utilizó gráficos y tablas estadísticas. Así como la prueba de normalidad de Shapiro Wilk teniendo en cuenta que son menos de 50 sujetos; lo cual nos permitió determinar que nuestros datos tienen distribución normal por lo que fueron procesados utilizando estadística paramétrica es decir la prueba t de Student. Todo ello mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.

Resultados

Tabla 1.

Creencias adictivas de las personas que consumen alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
<i>Anticipatorias</i>	Desacuerdo	17	42.5
	Indiferente	16	40.0
	Acuerdo	7	17.5
<i>Alivio</i>	Desacuerdo	13	32.5
	Indiferente	10	25.0
	Acuerdo	17	42.5
<i>Facilitadoras</i>	Desacuerdo	13	32.5
	Indiferente	14	35.0
	Acuerdo	13	32.5
	Total	40	100.0

Observamos que son pocos los evaluados que están de acuerdo con las creencias anticipatorias (17.5%). Por otro lado es importante el porcentaje de evaluados que está de acuerdo con las creencias de alivio (42.5%) y facilitadoras (32.5%), lo cual nos indica que estás creencias son las que mayormente generan la recaída o que sigan consumiendo alcohol.

Tabla 2.

Comparación de las creencias adictivas entre el sexo de los participantes

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)	d de Cohen
Anticipatorias	Mujer	11	20.91	6.595	-0.046	38	.964	-0.016
	Varón	29	21.03	8.091				
Alivio	Mujer	11	26.00	3.975	3.108	38	.004	0.794
	Varón	29	19.48	9.268				
Facilitadoras	Mujer	11	28.55	4.413	3.143	38	.004	0.901
	Varón	29	22.62	7.193				

Hallamos que existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias respecto al consumo de alcohol, concretamente en las creencias de alivio ($t_{(38)}=3.108$; $p=.004$; $d=0.794$) y facilitadoras ($t_{(38)}=3.143$; $p=.004$; $d=0.901$), en ambos casos estas creencias son mayores en las mujeres que en los varones con un tamaño del efecto moderado para las creencias de alivio y grande para las facilitadoras.

Discusión

La presente investigación buscó determinar cuáles son las creencias de las personas que tienen una dependencia al alcohol, además de conocer si hay diferencias entre los varones y mujeres evaluados y si hay relación entre dichas creencias y la edad de los evaluados. Es así que nuestros resultados muestran que los varones tienen mayor porcentaje de dependencia de alcohol, lo cual es similar a la tendencia global ya que la OMS (2017) indica que en el mundo hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres con dependencia de alcohol, con mayor prevalencia de varones (14.8%) y mujeres (3.5%) en la región de Europa, en América (11.5% y 5.1%) en otros países también sucede lo mismo como en Chile el consumo de alcohol llega a 9.3%, los hombres consumen 15 litros por persona y las mujeres 3.7 litros. En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en México; en el año 2017 en una población de 12 a 65 años, resultó que de 1.8 millones, 3.9% son hombres y 0.6% mujeres dependiente al alcohol. Asimismo, otras investigaciones en Perú hallaron una mayor prevalencia de este problema en varones como por ejemplo en un estudio de CEDRO en el año 2017 el porcentaje de consumo perjudicial de alcohol es el 26% en varones y el 14.3% en mujeres.

En relación al sexo y dependencia de alcohol, el 72.5% son hombres y el 27.5% son mujeres, eso quiere decir que en el Hospital General “Honorio Delgado” de la ciudad de Arequipa hay mayor ingresos de pacientes varones con el Diagnóstico de dependencia al alcohol y menos ingresos de mujeres. De forma similar, una investigación realizada el año 2017, sobre el manejo de intoxicación alcohólica en adolescentes y competencia de ayuda; realizada en el Hospital Honorio Delgado, resultó que 69.2% son varones y 30% son mujeres (Gutiérrez & Rodríguez, 2017).

Asimismo, la edad promedio de los evaluados con dependencia es de 35.3 años, la cual es similar a la reportada por la OMS (2018) que refiere al grupo etario entre 20 a 39 años con predisposición a una dependencia de alcohol y también en países como Uruguay que según la OMS lo considera como el primer país que presenta consumo excesivo de alcohol a nivel Latinoamérica, según un estudio realizado por la cámara de senadores de Uruguay, la edad promedio de dependencia de alcohol es a los 21 años, teniendo en cuenta que la edad que iniciaron fue a los 12 años. Así como en otras ciudades del Perú, en un estudio realizado en once poblados de zonas altitudinales del Perú, de 737 participantes, el 51% eran mujeres con una edad media de 36 años, el 15% tenían dependencia alcohólica (Quiñones, Espinoza, Scarsi, Rojas, Mejiac, 2015).

Por otro lado, los resultados hallados indican que los varones y mujeres tienen diferentes creencias adictivas., siendo así que, las mujeres tienen mayores creencias facilitadoras y de alivio, mientras que los hombres tienen creencias anticipatorias frente a una dependencia de alcohol. Estos resultados son similares encontrados en Colombia en una investigación de las creencias adictivas en dos grupos poblacionales que tenían 20 y 28 años, dicha investigación resultó que hay mayor predominancia de creencias permisivas o facilitadoras en Barranquilla y anticipadoras en Bogotá (De la Torre, Peña, Jaramillo, Martínez, Vargas & Rojas, 2018).

Nuestra investigación difiere de otras investigaciones que se realizaron en Perú pero con sustancias ilegales como el de Rojas (citado en Aspillaga, 2010) en un estudio realizado en consumidores de cocaína y no consumidores incluyendo el género y edad, confirmó que hay más presencia de creencias disfuncionales en consumidores que en no consumidores, en cuanto a género no hay resultados significativos y en la edad, los adolescentes son quienes mostraron mayor intensidad de creencias irracionales. En otro estudio del “Departamento de Adicciones del Hospital Larco Herrera de Lima” con pacientes consumidores de PBC sólo varones, con edades entre los 19 y 50

años, resultó que el 22% se muestra indiferente y 10% en desacuerdo en las creencias anticipadoras, mientras que en relación a las creencias facilitadoras o permisivas, el 28% es indiferentes, el 20% está de acuerdo tienen relación significativa con el *craving* (Sipán, 2015).

En cuanto a los resultados sobre las creencias adictivas, las mujeres tienen mayor porcentaje de creencias facilitadoras (28.55%) en su consumo excesivo de alcohol. Los resultados podrían explicar en como propone Beck (1999), que estas “creencias facilitadoras o permisivas son aquellas que consideran el consumo de drogas como aceptable a pesar de las consecuencias” (p, 231). Por ejemplo las mujeres que piensan que solo los varones pueden tener dependencia de alcohol y que eso no les puede pasar a ellas, también pensamientos como “solo por esta vez”. Mayormente están relacionadas con pensamiento disfuncionales de tipo racionalizadas, es decir justifican su consumo y se auto engañan.

A principio del 2017 la fundación “Hazelden Betty Ford” asociado a la *Organization Healthy Woman*, lanzaron una encuesta en Estados Unidos sobre el consumo de alcohol de las mujeres, tenían el objetivo de recopilar información sobre como beben las mujeres, que creencias y conocimientos tienen sobre la dependencia de alcohol. Con una muestra de 1097 mujeres, solo el 33% presentaban dependencia de alcohol, el 70% tenía 45 años a más, como resultado el 42% dijeron que beben para divertirse; 23% bebe para olvidar los problemas, el 42% dijo que siempre es para aliviar el estrés y el 72% porque disfrutan. Como conclusión de este estudio es que las mujeres beben por divertirse, pero algunas para ayudar a enfrentar aspectos negativos de sus vidas.

Según Beck (1999), “las creencias relacionadas con el alivio son las que suponen que la utilización de las drogas son para acabar con un estado de malestar determinado” (p.75). Por ejemplo: no soportar la soledad o baja tolerancia a la frustración. En nuestros datos de investigación indican que hay un 26% de mujeres que presentan creencias de alivio, este hallazgo podría explicar

mediante la teoría de los estilos de afrontamiento que propone (Lazarus y Folkman, 1984). La existencia de diferentes formas de enfrentar el estrés, son adaptativas y adecuadas mientras que otras son desadaptativas y generan problemas, según Solís y Vidal (2006) que se basa en la teoría de Lazarus y Folkman plantea que hay una forma no productiva de afrontar el estrés, teniendo como objetivo reducir la tensión o evitarlo, como es el caso de utilizar las creencias de alivio, entonces se podría plantear esta personas quieren disminuir su tensión causada por lo desconocido, o aquello sumamente peligroso; utilizando la estrategia del consumo de alcohol y drogas. Que cada vez se hace más frecuente, hasta el punto de asociar que disminuirá el peligro, miedo, estrés, con el consumo de alcohol. De la misma manera, según el Grupo de Cooperación para combatir el Abuso y el Tráfico Ilícito de Drogas (2017) las creencias de alivio se suele utilizar para aliviar sufrimientos que el consumidor lo considera como amenazador, mayormente es una violación sexual o abuso físico por parte de una persona cercana. Cuanto mayor sea la percepción de amenaza para su vida, mayor es el consumo. Según Guardia (2016) el consumo más frecuente de sustancias en mujeres de edad adulta temprana que no tienen hijos o están separados de ellos, que presentan síntomas de depresión, ansiedad, a un inicio suelen tomar tranquilizantes o medicamentos para dormir, la mayoría consume con la pareja que también sufre de dependencia de alcohol u otras sustancias. Pone énfasis en los factores ambientales como es el hecho de que la persona en su infancia haya sido víctima de abusos físicos o sexuales.

Por otro lado, según la organización española del programa de alcohol “Itxaro” y “Proyecto Hombre”, que albergan a varones y mujeres con dependencia de alcohol la mayoría de las mujeres que están internadas en ese centro, refieren que el problema con el consumo de alcohol empeoraba cuando se encontraban en sus casas a solas, aliviaban su estado emocional con el consumo a escondidas, sin causar ruido ni ofuscarse como lo hace un hombre que ha consumido. Por otro lado

influye la edad de los cambios hormonales conocidos como la edad en la que parece que siempre duele algo, acompañado de síntomas de depresión existencial, síndrome del nido vacío. (Diario Vasco, 2015).

Después de toda la bibliografía revisada podemos decir que en Latinoamérica hay un campo poco desarrollado frente a las terapias psicoterapéuticas con mujeres dependientes al alcohol, que si bien son variadas; según Rojas (citado en CEDRO, 2010) el grueso de enfoques tiene un modelo masculinizado, medicalizado y psicologizado. De esa manera mayormente se presenta la intervención clínica en varones adictos, como la importante o la que constituye la normalización. A diferencias que en el ámbito clínico la adicción femenina, se muestra como una desviación o una forma alterada de una “mujer normal”. Las mujeres tienen mayor impacto al consumir de sustancias en todos los ámbitos, por ejemplo social, familiar, salud, personal y son más vulnerables a desarrollar una adicción y presentar problemas médicos y psicopatológicos así sea en dosis inferiores a los hombres.

Por ultimo las creencias que puntuaron más bajo fueron las creencias anticipatorias, una puntuación baja en esta creencia indicaría que las personas que consumen alcohol no utilizan la sustancia para lograr expectativas de recompensa (Beck, 1999). Lo que indica que tanto varones como mujeres con dependencia de alcohol ya no tienen creencias como “está bien probarlo ocasionalmente” “o que será divertido hacerlo esta vez”, si no que los dependientes de alcohol ya confían que el alcohol es el único que contrarresta los sentimientos de angustia y necesitan consumir, esta activación en estas creencias conducen al craving. Así las creencias facilitadoras la tienen aquellas personas que tienen algunos conflictos por el uso (médicos, económicos, sociales o consecuencias sociales), al desarrollar esta creencias consideran que después de todos los

problemas que tienen, el alcohol es la única cosa buena que tienen en su vida, como se encuentra mal, se permite tomar alcohol para sentirse bien.

Al realizar la investigación se presentaron las siguientes limitaciones como la utilización de un muestreo no probabilístico, debido a la dificultad de encontrar pacientes con diagnóstico de dependencia de alcohol, lo que limita la generalizar los resultados. Además, nuestra investigación tiene una muestra pequeña por la poca afluencia de pacientes en un hospital de tipo III. Sobre todo en la muestra de mujeres con diagnóstico de dependencia de alcohol. Se podría explicar que la mayoría accede a centros de sus distritos, donde la intervención es de tipo ambulatorio. Otra limitante fue la escasez bibliográfica sobre estudios previos a nivel nacional, la mayoría de las investigaciones son referidas al consumo de drogas ilegales y relacionadas a variables sociodemográficas

Sim embargo, los hallazgos en esta investigación son un aporte empírico para ampliar conocimientos sobre un problema que cada vez crece más como es el consumo de alcohol a temprana edad y un desarrollo de dependencia de alcohol en edad adulta. Se sabe que es un tema estudiado por las variables intervinientes sociodemográficas y por el hecho de que es un fenómeno complejo; pero hay mucho por aprender.

Conclusiones:

- Existe diferencia significativa en las creencias adictivas entre hombres y mujeres, siendo que las más frecuentes fueron las facilitadoras y de alivio.
- Las mujeres con dependencia al alcohol presentan mayormente creencias de alivio y facilitadoras en contraste con sus pares varones. Mientras que ambos sexos no difieren en el uso de creencias anticipatorias.

- La edad no tiene una correlación estadísticamente significativa ni con la creencia anticipatoria, de alivio ni facilitadora.

Recomendaciones

El estudio abre cuestionamientos para futuras investigaciones y las principales recomendaciones apuntan a una replicación del estudio en una población más grande con la inclusión de variables nuevas, para enriquecer la descripción de la muestra. Por otro lado realizar una comparación de las creencias adictivas del alcohol con otras sustancias ilegales como PBC, Marihuana que son los más consumidos en el Perú.

Tomar en cuenta que las mujeres tienen más creencias de alivio y facilitadoras para crear un programa/taller/terapia enfocada en plantear la intervención cognitiva en identificar creencias adictivas, alentar a evaluar la precisión y utilidad de sus creencias en el mundo real y a una reestructuración de las creencias adictivas, gracias esa desarticulación la persona podrá tener más claro la decisión de estar mayor tiempo en abstinencia. Modificar los contenidos cognitivos, el cambio de estas creencias disfuncionales debe centrarse en cuestionar esas creencias de acuerdo al tipo de creencia que más destaca para reducir las recaídas y mantenimiento en el consumo de excesivo de alcohol en la ciudad de Arequipa.

REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos (1995). *La próxima frontera*. Nueva York: Word Service, p.25.
- Aspillaga, M (2011). *Creencias Irracionales y Estilo Atribucional en un Grupo de Jóvenes Abusadores de Marihuana*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/4760>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122- 147.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C & Liese, B. (1999) *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Bill, W. (1952) *Doce pasos, Doce tradiciones*. Alcohólicos Anónimos, California.
- Breslow, R., Castle, I., Chen, C., & Graubard, B (2017). Trends in alcohol consumption among older Americans: National Health Interview Surveys, 1997 to 2014. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 976- 986.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires. Recuperado de:
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú*. Lima: Cedro.

Centro de Información y Educación para la Prevención el Abuso de Droga (2017). *Epidemiologia de Drogas en Población Urbana Peruana: Encuesta en Hogares*. Lima. Recuperado de: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>

(CIE- 10) Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Edición (2003). Washington, Programa de Publicaciones de la OPS.

Cherpitel, C., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., & Monteiro, M. (2015). Relative risk of injury from acute alcohol consumption: Modeling the dose response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction*, 110. 279- 288.

DEVIDA (2016). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria Informe Perú*, 2016 Lima.

De la torre, G., Jaramillo, C., Martínez, C., Vargas, C y Klimenko, O. (2018). Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 35-51. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2634>

DeMarce, J., Gnys, M., Raffa, S., & Karlin, B.(2014). *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders Among Veterans: Therapist Manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

Ellis, Albert, Melnerney,Jonh., Digiusepps,Raymond y Yeager,Raymond (1992) *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toximanos. Manual para profesionales de psicología*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016 - 2017.

Consumo de alcohol, prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones estatales.

Ciudad de México. Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/246052/hojasresumen_Alcohol-V3.pdf

Fernández, V., & Corral, I. (2018) .*Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería*. Madrid. Revista Nure investigación n°8.

Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1426>

Fillmore M., Hartka E., Johnstone M., Leino V., Motoyoshi M., & Temple T. (1991). Meta-analysis of life course variation in drinking: The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. *British Journal of Addiction*, 86, 1221-68.

Foran, H., & O' Leary, K (2008). Alcohol and intimate partner violence: A Meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1222- 1234.

Gawin, F., & Ellinwood, E. (1988). Cocaine and other stimulants: Actions, Abuse and Treatment. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 318 (18): 1173- 82. Doi: 10.1056/NEJM198805053181806

Gomez, A., Herde, J., Laffe, A., Lobo, S., & Martin, E. (2007). Consumo de drogas licitas e ilícitas por estudiantes universitarios. Facultad de Ingeniería. Universidad de Carabobo, 2006. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 11 (3), 41- 45.

Graña JL, Muñoz MJ. (1998) *Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroína y a la cocaína*. En: Caballo VE, Dir. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI.

Green, C., (2017). Gender and use of substance treatment services. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Recuperado de: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh291/55-62.htm>

- Gutierrez, N., Rodriguez, H (2017). *Manejo de intoxicación alcohólica en adolescentes y competencia de ayuda, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado*, (Tesis de Segunda Especialidad en Emergencia) Universidad Nacional San Agustín. Arequipa.
- Hazelden Betty Ford Foundation (2017). *Women and Alcohol*. Recuperado de: <https://www.hazeldenbettyford.org/education/bcr/addiction-research/women-alcohol-ru-1217>
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista, P. (2016). *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Herrera, J. (2017, 11 de Diciembre). *Alcohol y otras drogas: repercusión en los jóvenes*. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. Recuperado de <http://index-f.com/gómeres/?p=2122>
- Horvath, T. (1975). *Clinical spectrum and epidemiologic features of alcoholic dementia*. Ed. Alcohol, Drugs, and Brain Damage. Pp.1-16.
- INEI (2015) *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf
- Kramer, J. & Cameron, D. (1975) *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lang, B., & Rosenberg, H. (2017). Public perceptions of behavioral and substance addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 79- 84.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivoconductual*. Madrid: siglo XXI de España editores S.A.
- Martinez,J., & Verdejo, A. (2010). Creencias adictivas y craving. *Adicciones*, 23 (1), 45-52.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>
- Miguez, M., & Permy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*,65,(1),p.15-22. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57482>
- Modesto-Lowe, V. y Kranzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Health y Research World*, 23, 144-149.
- Montero, F., Gonzalez, J., Molina, A (2010) Aproximación al alcoholismo femenino partiendo de la situación española. Características y factores implicados en la escena española, facilitando el contraste con algunos aspectos de la realidad mexicana. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 1 (1). Pp.7-57
- Navarro, R. (2016). Valoración del Consumo de alcohol en estudiantes de derecho y de medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-valoracion-del-consumo-alcohol-estudiantes-S1138359301739834>
- Nolen- Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology review*. Vol. 24, (8), Pp. (981- 1010) Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735804001047?via%3Dihub>

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. . Investigación y políticas públicas (Segunda ed.). Washington D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España.

Recuperado de:

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Reporte del estatus global del alcohol y la salud*.

Recuperado de: <https://juanrevenga.com/2014/05/informe-oms-2014-consumo-de-alcohol-y-salud-en-el-mundo/>

Organización Mundial de la Salud (2017). *Alcohol*. Suiza. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Informe mundial de situación sobre alcohol y salud 2018*. Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/oms-consumo-de-alcohol-de-hombres-casi-cuadruplica-al-de-mujeres-en-chile/2018-09-27/171122.html>

Pinedo, H. (22 de Febrero de 2014). Perú: Aumenta número de menores de edad que consumen bebidas alcohólicas. Diario Correo. Recuperado de: <https://diariocorreop.pe/peru/aumenta-el-numero-de-mujeres-jovenes-que-con-47883/>

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología social*. Plan Nacional sobre Drogas. Consultado el 6 de febrero de 2019. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>

Quiñones, D., Espinoza, C., Scarsi, O., Rojas, J., Mejía, C. (2016). Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (3), 178-185. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.11.002>

- Rodriguez, O., & Vila, S. (2014). Causas del consumo de alcohol en estudiantes del 4° grado de secundaria de la I.E. Tupac Amaru de Azapampa y del I.E.P. Manuel Coveñas – 2014. (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo.
- Rojas, Milton (2010) *Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias un enfoque humanista y cognitivo – conductual*. CEDRO, Tomo I. Segunda Edición, Pp.81-88, 104-112.
- Salinas, J. (2005). *Niveles de intervención en los estadios de cambio*. Ponencia presentada en el Diplomado de Consejería en Adicciones de la UNMSM, Lima: Perú.
- SENDA (2016). *Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile 2016* Observatorio de drogas Chileno: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
- Sipán, V. (2015). *Relación entre las creencias disfuncionales y estímulos de alto riesgo con el craving en pacientes consumidores de pasta básica de cocaína*. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. *Revista Big Bang Faustino* 4(3), pp. 3-10 Recuperado de: <http://revistas.unjfsc.edu.pe/index.php/BIGBANG/article/view/183>
- Solso, R. (2001). *Cognitive -Psychology*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Solís, R., & Vega, M. (2016). *Motivos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. [Tesis de pregrado], Universidad Nacional de San Agustín, Escuela profesional de Psicología, Arequipa.
- Solis, M., & Vidal, M. (2006). Estilos y Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 1, 33- 39.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) 2016: Key Substance use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2015 National

Survey on Drug Use and Health. Recuperado de:
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015/NSDUH-FFR1-2015.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) 2017. Key Substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de:
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.htm>

Vargas, A., & Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consume y dependencia de sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis*, (21), 111-130. doi: <https://doi.org/10.25057/25005731.624>

Vozmediano, A. (2015, 17 DE Noviembre). El problema llego cuando empecé a beber en casa mientras estaba sola. *El Diario Vasco*. Recuperado de:
<https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/201511/17/problema-llego-cuando-empece-201511170630.html>

Woody,G., McLellan,A. y O' Brien,P. (1990) Research on Psychopathology and addiction:Treatment implications, *Drug and alcohol dependence*, 25, pp. 121-123.

Zavaleta, A., Taipa, L., Rojas, M., Barco, C., & Chávez, V. (2013). *Epidemiologia de Drogas en Poblacion Urbana Peruana 2013: Encuesta de Hogares*. Lima: CEDRO. Recuperado de:
<http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/204>

Zegarra, J., y Cazorla, E. (2016). Estudio Clínico- descriptivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en Arequipa. *Revista de Psicología (Universidad Católica San Pablo)*, 2(1), 11-25.

Anexos

ANEXO A

ANÁLISIS DE NORMALIDAD

Test of Normality (Shapiro-Wilk)

		W	p
ANTICIPATORIAS	Mujer	0.930	0.407
	Varón	0.972	0.603
ALIVIO	Mujer	0.965	0.837
	Varón	0.948	0.161
FACILITADORAS	Mujer	0.867	0.070
	Varón	0.944	0.130

Al analizar la normalidad de nuestras variables encontramos que los puntajes de las tres creencias: anticipatorias, de alivio y facilitadoras presentan una distribución normal tanto en la muestra de varones como en la de mujeres ($p > .05$) por lo que pueden ser procesadas con estadística paramétrica.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Interna de Psicología Milagros Laura Reyes Palma, como el respaldo del Responsable del Área de Psicología, así como como la aprobación del Hospital.

Entiendo que el propósito de la investigación es entender mejor las creencias adictivas en varones y mujeres dependientes de alcohol. Por otra parte también entiendo que si participo en el proyecto, me preguntaran aspectos relacionados a como me siento, pienso y que cosas hago en situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que voy a llenar un cuestionario y que la sesión durara 20 minutos. Entiendo que mi participación es voluntaria y que si deseo puedo retirarme en cualquier momento.

Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales.

Si tengo alguna duda, puedo comunicarme con Milagros Reyes Palma al teléfono: 972255270

He leído y entendido este consentimiento informado

FIRMA

FIRMA

ANEXO C

CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre:

sexo:

Edad:

A continuación se relaciona una serie de creencias habituales respecto al consumo de drogas. Por favor lee cada frase y evalúa en que medida estás de acuerdo con lo que dice.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Muy en acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	neutral	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

-----1. La vida sin tomar drogas es aburrida

----- 2. Tomar droga es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.

----- 3. No puedo funcionar sin ellas.

----- 4. Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.

----- 5. No estoy preparado para dejar de tomar droga.

----- 6. Los *craving* y los impulsos hacen que tome droga.

----- 7. Mi vida no mejorara, incluso aunque deje de tomar drogas.

----- 8. La única forma de manejar mi ira es usando drogas.

- 9. La vida sería deprimente si dejara las drogas.
- 10. No merezco recuperarme de las drogas.
- 11. No soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo.
- 12. No podría ser social sin tomar drogas.
- 13. El abuso de sustancias no resulta un problema para mí.
- 14. Los *Craving* y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga.
- 15. Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona (p.ej., mi esposa, novio, novia o un miembro de la familia).
- 16. Si alguien tiene un problema con las drogas, eso es algo completamente genético.
- 17. No me puedo relajar sin las drogas.
- 18. Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona.
- 19. No puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas.
- 20. No puedo divertirme en esta vida a menos que tome droga.

ANEXO D**ESCALA DE CREENCIAS**

TIPO DE CREENCIAS ADICTIVAS	ITEM
CREENCIA ANTICIPADORAS	1, 2, 5, 7, 11, 12,20
CREENCIAS DE ALIVIO	4, 8, 9, 14, 17,19
CREENCIAS FACILITADORAS O PERMISIVAS	3, 6, 10, 13, 15, 16,18.